

щий из 11 пунктов, заполнялся исследующим данными, полученными в результате непосредственной работы с пациентом. Статистический анализ данных проведен с помощью непараметрических методов, программа «Statistica» 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам проведенного анализа было показано, что сумма баллов, набранных в результате прохождения теста, у пациентов с ТИА на первые сутки составила 23 (17–29) баллов, а в контрольной группе она равнялась 30 баллам, ($p < 0,001$) (рисунок 1).

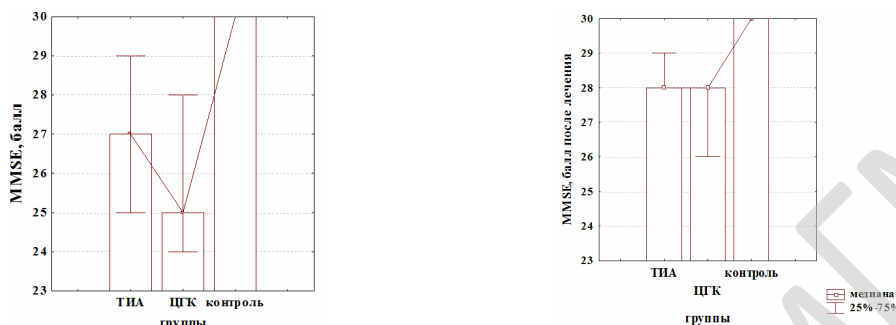


Рисунок 1 — Распределение балла по шкале MMSE в обследованных группах ПНМК в контроле при поступлении и после лечения

Наиболее часто встречались ошибки при указании пациентами настоящей даты, при попытках воспроизвести слова, заученные ими по просьбе исследующего около минуты назад, а так же при попытке повторения пациентами фразы «Никаких если, и или но».

У лиц с ЦГК этот же показатель до лечения равнялся 28 (26–29) баллов, что также отличало пациентов данной группы от контроля соответствующего возраста ($p < 0,001$). При сравнительном анализе пациентов с ТИА и ЦГК до лечения существенных различий выявлено не было.

После лечения в стационаре длительностью 9–12 сут. искомый балл в обеих группах увеличился и составил 28 (26–30) баллов для обеих обследованных групп ПНМК: ТИА ($p = 0,004$) и ЦГК ($p = 0,007$), однако не достиг контрольного уровня (рисунок 1) ($p < 0,05$ для обеих подгрупп).

Выводы

Таким образом, полученные результаты указывают на нарушение кратковременной памяти у пациентов обеих подгрупп ПНМК, несмотря на отсутствие очагового поражения головного мозга. Выявленный дефицит уменьшался к окончанию стационарного курса лечения, однако остался отличным от контрольного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Impact of different operational definitions on mild cognitive impairment rate and MMSE and MoCA performance in transient ischemic attack and stroke / S. T. Pendlebury [et al.] // *Cerebrovasc. Dis.* — 2013. — Vol. 36 (5–6). — P. 355–362.
2. Methodological Factors in Determining Risk of Dementia After Transient Ischemic Attack and Stroke: (II) Effect of Attrition on Follow-Up / S. T. Pendlebury [et al.] // *Stroke.* — 2015. — Vol. 46 (6). — P. 1494–1500.
3. Лихачев, С. А. Транзиторные ишемические атаки: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика / С. А. Лихачев, А. В. Астапенко, Н. Н. Беяковский // *Мед.новости.* — № 10, 2003. — С. 31–37.

УДК 616.98:578.828НIV(476.2)

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Легеза Н. В., Касьянова Г. В., Гайдаш Л. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бондаренко

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Туберкулезный менингит (ТМ) является одной из самых тяжелых оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных пациентов. Чаще всего ТМ является проявлением

острого милиарного и генерализованных форм туберкулеза. По литературным данным, летальный исход при ТМ составляет от 43 до 98 % на фоне противотуберкулезной терапии [1, 2]. В Гомельской области в связи с ростом ВИЧ-ассоциированного туберкулеза наблюдается увеличение пациентов с ТМ. Дифференциальную диагностику этой патологии проводят врачи разных специальностей, что требует знаний особенностей течения этой формы туберкулеза. Ранняя диагностика и лечение ТМ являются сложными у всех пациентов, так как аналогичную клиническую картину кроме микобактерий вызывают дрожжевые грибы рода *Candida* и *Cryptococcus*, а также вирусы [3].

Цель

Изучение распространенности, клинико-рентгенологических и лабораторных проявлений ТМ у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материал и методы исследования

На первом этапе был проведен ретроспективный анализ историй болезни ВИЧ-инфицированных пациентов больных туберкулезом, в том числе — 22 пациента с ТМ, находившихся на стационарном лечении в У «Гомельская областная клиническая туберкулезная больница» в 2010–2015 гг. На обследование отбирались все пролеченные в стационаре пациенты с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом. Во всех случаях ТМ развивался на фоне диагностированных ранее туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Лечение пациентов осуществлялось согласно протоколам. Всем пациентам проводилось противотуберкулезное лечение, причем 68,2 % пациентам проводилась и антиретровирусная терапия.

Статистическая обработка материала проведена с использованием описательных методов, данные представлены в виде удельного веса (%), абсолютные значения в виде $M \pm \sigma$.

Среди пациентов преобладали лица мужского пола — 54,5 %, средний возраст которых составил 37 ± 11 лет. 77,2 % пациентов проживало в городах, а 22,8 % — в сельской местности соответственно. 55 % пациентов не работали, из них 60 % имели группу инвалидности, 45 % пациентов занимались трудовой деятельностью. 60 % пациентов злоупотребляли алкоголем, из которых 22 % к тому же были действующими потребителями инъекционных наркотиков. Длительность ВИЧ-инфицирования до момента манифестации туберкулезного менингита составила от нескольких месяцев до 10 и более лет.

Оценивались также анамнестические данные, результаты клинического, рентгенологического, лабораторного и бактериологического обследования пациентов. У 50 % поступивших отмечалось удовлетворительное общее состояние с ясным сознанием, у 30 % состояние средней тяжести. Средняя длительность от начала туберкулеза до развития ТМ составила $3 \pm 1,15$ мес. Продромальный период отличается от такового при классической форме ТМ, для которого характерна длительность 1–4 нед.

В клинической структуре в изученной группе преобладали генерализованные остро прогрессирующие формы туберкулеза: милиарный — 58,8 %, диссеминированный — 15,3 %, казеозная пневмония — 8,2 %, внелегочные формы — 15,7 %. У 63,3 % микобактерия туберкулеза (МБТ) была выявлена микроскопически и у 55 % МБТ выявлена при посеве в питательные среды. По результатам теста на лекарственную чувствительность у 36 % выявлена множественная лекарственная устойчивость МБТ.

В клинической картине ТМ у 87,5 пациентов преобладало нарушение сознания различной степени. Особенностью ТМ явилось острое течение с коротким продромальным периодом — $3 \pm 1,6$ дня. У 33,5 % пациентов к концу этого промежутка развивалась кома. Такие классические жалобы как рвота и светобоязнь выявлены лишь у 25 % человек. Поражение черепно-мозговых нервов было выявлено лишь у 1/5 пациентов.

Исследования ликвора проводились лишь у 36,4 % пациентов в виду быстрого ухудшения состояния остальных пациентов с последующим летальным исходом. Картина ликвора при ТМ характеризуется умеренным лимфоцитарным плеоцитозом с значительным повышением белка, резким снижением количества хлоридов и глюкозы. У 1/2 исследованных пациентов наблюдался высокий плеоцитоз от 1000 до 3680 клеток в 1 мкл, содержание глюкозы было сниженным до 1,0 (0,05–2,4) ммоль/л. Диагностика также затруднялась тем,

что обнаружение возбудителя туберкулеза в ликворе лабораторными методами, такими как ПЦР и посев, выполнено лишь в 57 %. Из-за быстрого ухудшения состояния пациентов и переходом туберкулезного процесса в ТМ лишь у 27 % пациентов наблюдались изменения головного мозга на КТ.

У 100 % пациентов ТМ протекал крайне неблагоприятно и привел к летальному исходу. Среднее время от начала менингита до смерти составило $32,0 \pm 12$ сут., причем 62,5 % пациентов скончалось в течение первой недели.

Выводы

1. Туберкулезный менингит является самой тяжелой формой туберкулеза, приводящей к 100 % летальности.

2. ВИЧ-инфекция способствует раннему развитию туберкулезного менингита с коротким продромальным периодом (в среднем 3 дня) и острым течением — у 62,5 % пациентов менее 1 нед.

3. Из доступных методов исследования самыми информативными в диагностике туберкулеза и подтверждении этиологии туберкулезного менингита остаются обзорная рентгенография легких с бактериоскопией мокроты на кислотоустойчивые микобактерии и определение глюкозы в спинномозговой жидкости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tuberculous meningitis in HIV-infected patients: drug susceptibility and clinical outcome / Cecchini [et al.] // AIDS. — 2011. — Vol. 15, № 3 (30). — P. 373–374.

2. The influence of HIV infection on clinical presentation, response to treatment, and outcome in adults with Tuberculous meningitis / G. E. Thwaites [et al.] // J. Infect. Dis. — 2005. — Vol. 192, № 12. — P. 2134–2141.

3. Карпов, И. А. Хронические менингиты / И. А. Карпов, Е. П. Кишкурно, А. И. Василенко // Белорусский медицинский журнал. — 2004. — № 4(10). — С. 17–19.

УДК (612+613):004

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ ИНФОРМАЦИИ С ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ

Леонов А. В., Нестерович М. И.

Научный руководитель: М. А. Чайковская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Информационная революция привела к возникновению электронной информационной среды. В настоящее время 93 % вновь создаваемой информации среди общего потока является цифровой. В последние годы все более широкое распространение находят электронные формы обучения. Они создают предпосылки для использования различных форм электронных устройств в качестве источника информации. Данные электронные устройства стремительно набирают популярность, вытесняя традиционные бумажные носители информации. Студенты являются наиболее уязвимой категорией населения в связи с активным использованием данных устройств. Нерациональное и длительное использование электронных средств создает колоссальную нагрузку на орган зрения и нервную систему в целом [1].

Цель

Провести физиолого-гигиеническую оценку восприятия информации с различных электронных устройств, используемых для чтения информации.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились 90 студентов 2 курса УО «Гомельский государственный медицинский университет» и электронные гаджеты. Каждый студент участвовал в трех исследованиях процесса чтения с каждого из трех носителей. С целью нивелирования эффекта повышенной сложности 1-го прочтения были использованы три схемы чтения информации с носителей: компьютер (К) — ридер (Р) — бумага (Б), Б-К-Р и Р-Б-К. Чтение